

**Cancer du col restant
après hystérectomie
subtotale**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de médecine de Montpellier

le 27 Juillet 1934

PAR

Izaak CHABOWIECKI

Né à Kobryn (Pologne), le 17 juin 1907

Pour obtenir le grade de Docteur de l'Université de Montpellier

(MENTION MÉDECINE)

**EXAMINATEURS
DE LA THÈSE**

{ MM. LAPEYRE, Professeur, *président*.
ETIENNE, professeur.
COLL DE CARRERA, agr.
MOURGUE-MOLINES, agr. }

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ

(Pierre-Rouge)

1934

**Cancer du col restant
après hystérectomie
subtotale**

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. DELMAS
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	L. HÉDON
Chimie biologique et médicale.....	GALAVIELLE.
Physique médicale	PECH
Botanique et histoire naturelle médicales.....	CRISTOL.
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie.....	LISBONNE, asses.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD.
	VIRES.
Clinique médicale.....	RIMBAUD.
	MASSABUAU.
Clinique chirurgicale.....	RICHE.
	P. DELMAS.
Clinique obstétricale	EUZIÈRE, <i>doyen</i> .
Clinique des maladies mentales et nerveuses	
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge.....	LEENHARDT.
Clinique de dermatosyphiligraphie.....	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	LAPEYRE.
Clinique ophtalmologique	VILLARD.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	TERRACOL.
Matière médicale (ch. de c.).....	CABANNES.
Radiologie (ch. de c.).....	LAMARQUE.

Honorariat

Doyen honoraire : M. MAIRET

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TÉDENAT, MAIRET, GRANEL, FORGUE, ESTOR, VALLOIS, et BERTIN-SANS.

Chargés de cours complémentaires

Anatomie	MM. LAUX.
Histologie	GRANEL.
Pathologie expérimentale	PAGÈS.
Pathologie médicale	PUECH.
Pathologie externe	AIMES.
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA.
Clinique phthisiologique.....	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale.....	BOULET.
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON.

Agrégés en exercice

Médecine.....	MM. BOULET.	Chirurgie.....	MM. AIMES.
	PAGÈS.		MOURGUE-MOLINES.
	PUECH.		GUBAL.
	JANBON		ROUX.
	BAUMEL	Anatomie	LAUX.
	VIDAL	Chimie	N...
		Obstétrique	COLL DE CARRERA.
		Histologie	GRANEL.
		Bactériologie.....	CARRÈRE.

Examineurs de la thèse

MM. LAPEYRE, professeur, <i>président</i> .	COLL DE CARRERA, agrégé.
ETIENNE, professeur.	MOURGUE-MOLINES, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

*En témoignage de ma reconnaissance
pour leur amour filial et leur inaltérable
dévouement.*

A MA FEMME

En témoignage de ma tendresse.

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

Professeur de clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Montpellier

*Qu'il me permette de lui exprimer
toute ma gratitude pour le grand honneur
qu'il me fait en acceptant de présider ma
thèse et pour l'aide et les conseils qu'il
m'a prodigués dans l'élaboration de mon
travail.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

Professeur de clinique chirurgicale infantile
à la Faculté de Médecine de Montpellier

*En témoignage de mon respect et ma
vive gratitude.*

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
COLL DE CARRERA ET MOURGUE-MOLINÉS

Avec ma respectueuse sympathie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI ESTOR

Chef de clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Montpellier

*Hommage de mes sincères remerciements
pour la grande sympathie qu'il m'a toujours
témoignée.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

Cancer du col restant après hystérectomie subtotale

AVANT-PROPOS

La question de l'épithélioma du col utérin restant après hystérectomie n'a pas un pur intérêt théorique ; elle crée pour l'avenir des hystérectomisées une menace de graves complications tardives, elle a donc sa place dans toute discussion d'indications opératoires et dans le choix d'une technique au cours des interventions gynécologiques. Aussi bien l'existence du cancer du col restant, est devenue l'origine d'une longue discussion, encore non solutionnée sur les avantages respectifs des procédés totaux ou subtotaux dans l'hystérectomie pour fibrome ou pour métrite. En raison de ces faits, il nous a paru intéressant de reprendre le problème dans son ensemble et d'essayer d'en tirer des conclusions utiles pour le choix judicieux d'une technique.

Le problème de l'épithélioma du col restant peut se résumer dans les quelques données suivantes :

1^o On observe quelquefois, la littérature médicale en témoigne, l'apparition d'une dégénérescence maligne du col utérin, après hystérectomie partielle pour tumeur bénigne ou pour métrite.

2^o La libération chirurgicale du col par hystérectomie

subtotale paraît donc favoriser ou déterminer sa transformation néoplasique.

3° En conséquence, faut-il rester fidèle à l'intervention partielle ou bien les faits observés imposent-ils une technique plus large et d'emblée totale ?

Tels sont les points que nous avons voulu essayer de préciser dans ce travail pour lequel nous réclamons beaucoup d'indulgence.

HISTORIQUE DE LA QUESTION

La tendance du col restant à subir une dégénérescence néoplasique est connue depuis longtemps et semble avoir incité certains chirurgiens à l'ablation systématique du col. Déjà en 1897, Péan écrivait : « Je préfère ne pas conserver le col parce que je l'ai vu plusieurs fois devenir sarcomateux ou épithélial les années suivantes. »

En 1901, la question fait l'objet d'une discussion au Congrès de Gynécologie de Nantes. Déjà dans l'intervalle, on rencontre de nombreuses observations dans la littérature médicale, parmi lesquelles se placent celles de Condamin rapportées en 1900 à la Société de Chirurgie de Lyon.

En 1903, nous trouvons déjà sur la question, un travail de synthèse soumis à la Société de Chirurgie de Paris, dans lequel Richelot groupe toutes les observations publiées dans la presse médicale française et étrangère. Il groupe ainsi une douzaine de cas, dont 3 personnels, les autres dans lesquels on doit citer spécialement ceux rapportés par Wehmer (1888) en Allemagne ; Menge (1895), Savor (1898), Erlach, Frennd (1899), Condamin (1900), Schenk (1901), etc... C'est donc la fin du siècle dernier qui a vu naître

en se précisant peu à peu les notions d'épithélioma du col restant. L'ère des discussions allait bientôt s'ouvrir. C'est au début de ce siècle que se dessinent dans la littérature les premières divergences d'école.

Richard, Tuffier et Roulthier défendent l'idée qu'il s'agit d'une simple coïncidence et que l'hystérectomie a porté sur un utérus dont le col restant était atteint de néoplasme latent.

Mais Beurnier montre dès 1904 que le cancer peut se développer bien après l'opération, un an et plus quelquefois et il affirme qu'il s'agit d'autre chose que d'une coïncidence.

C'est la deuxième phase, toute entière dirigée vers les discussions et les recherches pathogéniques.

Plus tard, les discussions prennent une direction différente, orientée vers le sens thérapeutique et qui est la résultante logique de tout ce problème : le danger qu'implique l'existence du cancer du col restant permet-il de rester fidèle à l'hystérectomie subtotale ?

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES

1^o Fréquence de l'affection.

L'intérêt qui s'attache à la question du col restant doit être fonction de la fréquence avec laquelle s'observe cette complication. On conçoit d'ailleurs l'importance de cet élément étiologique dans le débat qui met aux prises les partisans de l'hystérectomie subtotale et les partisans de l'hystérectomie totale.

La plupart des auteurs s'accordent pour considérer comme très rare l'apparition du cancer secondaire du col. Jean-Louis Faure déclarait en 1910 que sur un total de plus d'un millier d'hystérectomies subtotaux, il n'avait pas observé de cancérisations secondaires du col. C'est aussi l'opinion de Ricard, de Schwartz, de Segond, de Routier.

D'autres auteurs apportent des statistiques positives mais très faibles ; c'est ainsi que Maucière qui a pratiqué de 1909 à 1924, 287 hystérectomies supra-vaginales, a observé trois cas de cancérisation du moignon. Labey a eu 1 cas sur 111 interventions, Launay 1 cas sur 103, Deletrez (de Bruxelles) 2 cas sur 450, Bisch 5 cas sur 1016, Michel (de Nancy) 2 cas sur 340, Villard 1 cas sur 478.

Enfin, quelques auteurs donnent des taux plus élevés,

Albertin a vu 6 cas sur 845 hystérectomies, Meriel 6 cas pour 203 interventions seulement.

Il résulte en définitive de ces diverses statistiques que le cancer secondaire du col restant paraît s'observer dans 0,25 à 2 pour 100 des cas après l'hystérectomie subtotale. Tous les auteurs cependant n'admettent pas le bien procédé de ces statistiques et si J.-L. Faure, Lennonat, Schwartz, considèrent cette complication comme exceptionnelle, Sauvė et Dujarries la donnent comme fréquente. Deleuze, dans cet ordre d'idées, refuse toute valeur aux statistiques hospitalières car, dit-il, « combien de malades opérées d'hystérectomie sont absolument abandonnées par le chirurgien qui ne les revoit jamais et tombent entre les mains de gens qui ne soupçonnent jamais le cancer... »

2^o Interventions prédisposantes.

La dégénérescence néoplasique du col ne survient en général que dans les hystérectomies pratiquées pour fibromatose comme l'a montré Deleuze, ou pour des métrites chroniques avec lésions importantes du col. Il faut avouer d'ailleurs que ce sont là les indications les plus courantes de l'hystérectomie subtotale et que, par conséquent, cette élection peut fort bien n'être qu'apparente.

Certains auteurs, cependant, comme Simpson, Schroeder, Haultain, Ehrendorfer, considèrent que le fibrome prédispose spécialement au cancer et adoptent la conception que Richelot défendait en 1903 à la Société de Chirurgie, en ces termes : « L'utérus fibromateux n'est pas seulement un terrain sur lequel peuvent pousser des tumeurs malignes, c'est le terrain sur lequel elles poussent. »

Mais il ne faut point négliger la fréquence de cancers secondaires du col après hystérectomies subtotales faites

pour des affections salpingo-ovariennes, kyste de l'ovaire en particulier. C'est ainsi que Dor, sur 19 observations publiées, note : 2 cas de kystes ovariens, 2 cas de métro-salpingites, 2 cas d'annexites, 3 cas de salpingites doubles. Enfin dans les observations que nous rapportons on relève : 1 cas de double kyste ovarien (observation I), une annexite probable (obs. II).

3^o Date d'apparition.

Tout cancer du col survenant après une hystérectomie subtotale ne constitue pas un cancer du col restant. Pour affirmer qu'il y a vraiment cancer du col restant, une discontinuité chronologique très nette entre l'opération et le début clinique du cancer est nécessaire. Cet intervalle libre est du reste très variable et peut aller de un à deux ans jusqu'à douze à treize ans après l'opération. Certains auteurs ont tâché de le préciser : Treize ans, Braun (1923) ; sept ans, Magnani, Pasquali (1901) ; six ans et demi, Jeaneney et Chavannaz (1926) ; cinq ans, Richelot ; trois ans, Barsotti, Roche ; vingt et un mois, Lumpe ; un an, Chapt, Beumier ; dix mois, Picquand ; huit mois, Lélars.

On ne devrait donc faire entrer en ligne de compte dans les statistiques que les cancers apparaissant après la première année. Dans le cas contraire, en effet, on est en droit de se demander si les lésions cancéreuses n'existaient pas déjà au moment de la première intervention bien qu'elles soient demeurées inaperçues à l'examen clinique à ce moment. Ces cancers secondaires « précoces » sont d'ailleurs fréquents. Ils se rencontreraient dans la proportion de 33 % d'après Monod (rapport à la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique, 1930), de 40 % d'après Franck. Notons enfin que dans le rapport de Winter à la

Société de Gynécologie de l'Allemagne du Nord-Est (1909), sur 16 cas d'hystérectomies subtotaux pour fibro-myomes, 6 fois la localisation cervicale existait déjà au moment de l'intervention.

4^o Interprétation des faits.

S'il n'existe guère de doute sur l'existence même d'une prédisposition du moignon utérin à subir la dégénérescence néoplasique, l'accord est loin d'être réalisé sur ce qui touche aux mécanismes des faits. Toute une école d'ailleurs reste fidèle à la notion de pure coïncidence et n'admet même pas que l'hystérectomie subtotale antérieure prédispose en quoi que ce soit à la cancérisation du col (Dor). On a enfin essayé de donner de ces faits une explication pathogénique : parmi les théories proposées deux sont particulièrement intéressantes :

a) *Théorie histologique.* — Elle admet des transformations successives de la muqueuse du col qui passe successivement par un stade d'hyperplasie (Pozzi) et de dyskératose et aboutit en définitive à l'épithélioma pavimenteux. Ou bien on peut observer une transformation adénomateuse (Monkayé) aboutissant secondairement à l'épithélioma cylindrique.

b) *Théorie trophique.* — Elle est signalée par quelques auteurs qui la défendent d'ailleurs sans enthousiasme. « On pourrait penser, écrivent M^{mes} Laborde et Roques, dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, que l'intervention chirurgicale en supprimant les connexions vasculaires, nerveuses, surtout sympathiques, favorise le développement du cancer dans un organe dont la nutrition est dès lors profondément troublée. » Mais elles concluent

leur exposé en disant qu'il n'y a vraisemblablement qu'une pure coïncidence. C'est l'opinion de Riotte qui pense (*Bulletin Société Obstétrique et Gynécologique* de 1921) que le col soustrait à l'influence de l'ovaire est soumis à une atrophie progressive qui n'est guère propice au développement ultérieur d'un cancer.

c) *Théorie cicatricielle*. — D'autres auteurs qui ne croient pas à une dégénérescence élective du col isolé par l'hystérectomie pensent — et ils se basent sur la faible fréquence de cette affection — qu'il n'y a là qu'un cas particulier de la tendance que présentent les lésions cicatricielles à subir la dégénérescence épithéliomateuse. Ils considèrent donc le cancer du col restant comme une forme clinique du cancer des cicatrices.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne ferons entrer dans cet exposé aucune des considérations ayant trait au cancer du col utérin en général, nous bornant à souligner ici les seuls caractères distinctifs qui donnent au cancer du col restant une individualité anatomique.

Le cancer secondaire du col n'affecte pas un type histologique unique. Pour Gelezkoff, il peut se présenter sous deux aspects :

a) Le plus fréquemment il revêt le type d'un épithélioma spino ou baso-cellulaire.

b) Assez souvent encore, il prend la forme d'un épithélioma cylindrique à type glandulaire qui naît aux dépens de la muqueuse intra-utérine du col et garde le caractère de l'épithélioma du corps utérin, en ce sens qu'il respecte très longtemps le muscle utérin sur lequel il s'implante.

Brocq, Mme Laborde, pensent que dans la majorité des cas il s'agit d'un épithélioma malpighien et non d'un cancer cylindrique. Lecène, sur l'examen histologique de 12 pièces n'a trouvé que de l'épithélioma pavimenteux à globes cornés.

Dor a distingué en 1932 deux formes anatomo-cliniques suivant les points de départ des lésions néoplasiques :

1^o Une forme endocervicale qui revêt le type glandulaire.

2° Une forme exocervicale qui revêt le type malpighien. Cette dernière est beaucoup plus fréquente. Les deux types se différencient du cancer ordinaire du col par une évolution plus rapide. La forme exocervicale évoluerait souvent, non comme un néo-malpighien typique, mais comme un cancroïde cutané banal.

Il faut d'ailleurs reconnaître que le diagnostic anatomique est souvent malaisé. Guilleminet et Pollosson rapportant un cas particulier de diagnostic difficile, écrivaient en 1925 dans le *Lyon Médical* : « A côté de la cancérisation franche à type glandulaire ou épidermique, peuvent survenir sur les moignons des subtotaux, des accidents qui cliniquement ressemblent au cancer et qui sont anatomiquement des états adénomateux ou métritiques sans malignité histologique. »

L'examen histologique peut donner dans bien des cas une certitude.

ASPECTS CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

Ici encore nous ne laisserons place qu'aux caractères cliniques qui sont propres au cancer du col restant et contribuent à lui donner une physionomie propre.

Début.

Le grand caractère du cancer secondaire au début, c'est sa latence. Les symptômes sont souvent inexistants, quelquefois très discrets. Ils sont caractérisés surtout par l'apparition de pertes rosées ou sanguines. Ce sont des pertes d'abord peu abondantes, mais dont la répétition est caractéristique. Elles surviennent, les premiers temps, sous l'influence de traumatismes peu significatifs : coït, défécation, puis se renouvellent fréquemment et sans cause. Cette spontanéité, cette irrégularité sont assez typiques.

Dans certains cas, d'ailleurs très exceptionnels, le début s'annonce brusquement par une hémorragie externe abondante (observation I).

État.

Les signes cliniques de la période d'état forment généralement une triade d'une très grande valeur séméiologique :

1^o Les hémorragies très précoces, nous l'avons vu, sont souvent inconstantes et capricieuses. Le plus généralement il s'agit plutôt d'un liquide roussâtre, sanieux, que d'hémorragie, mais dans les périodes avancées de la maladie, elles tendent d'ailleurs à disparaître.

2^o La leucorrhée est en général très abondante et fluide, d'odeur fétide, mêlée souvent de débris.

3^o Les douleurs sont tardives, d'abord peu intenses, puis profondément violentes et rebelles à tout sédatif.

A cette triade symptomatique qui ne différencie guère, il faut bien l'avouer, le cancer du col restant du cancer du col en général, s'ajoutent généralement des signes un peu plus caractéristiques dus à l'atteinte précoce des organes du voisinage. Tels sont les troubles urinaires et la constipation opiniâtre que souligne Deleuze dans son travail.

Les signes directs que fournit le toucher vaginal sont la perception d'une induration suspecte, d'une ulcération, ou d'une tumeur végétante, précisément en rapport avec les culs-de-sac.

Mais des formes plus particulières et d'un diagnostic difficile peuvent se rencontrer. L'une est constituée par l'apparition d'une fistule vésico-vaginale, qu'on pourrait considérer à tort comme liée au traumatisme opératoire antérieur. Plus rarement on rencontre la forme correspondant au cancer endo-cervical : le col est alors hypertrophié et distendu en masse, mais sa surface reste lisse et sans ulcération apparente.

Diagnostic.

Il est souvent difficile et cela en raison de la notion d'intervention antérieure qui tranquillise les malades et les

rassure sur la nature des symptômes avertisseurs, considérés comme insignifiants puisque les « organes sont enlevés ». Gelezkoff insiste sur cette fausse sécurité des malades, si dangereuse dans ses conséquences, d'ailleurs même lorsque l'attention est appelée sur l'existence des symptômes anormaux, le diagnostic peut être hésitant. En effet, on peut d'une part prendre une érosion papillaire pour le début d'un carcinome végétant de la portion vaginale, et dans un autre sens il peut être très difficile de reconnaître un épithélioma cavitaires à cause de sa situation intra-cervicale. Il faut dans tous les cas où l'on ne trouve pas de lésion visible du col, pratiquer un cathétérisme de l'orifice cervical. On pénètre alors souvent dans une cavité remplie de liquide séro-hématique dont les parois sont tapissées de végétations. Dans tous les cas, l'analyse histopathologique sera nécessaire au diagnostic. Il faut bien se souvenir cependant qu'il existe une métrite proliférante endo-cervicale qu'il peut être très difficile de différencier de l'épithélioma, non seulement du point de vue clinique, mais aussi histologique. Dans la majorité des cas, le cancer du col restant est suffisamment avancé pour que son diagnostic en soit facile.

THÉRAPEUTIQUE DU CANCER DU COL RESTANT

La plupart des auteurs sont d'accord pour admettre que le traitement du cancer du col restant donne lieu à de grandes difficultés pratiques, qui justifient sa très mauvaise réputation thérapeutique.

1^o Procédés de traitement.

A. — *Méthodes chirurgicales.*

L'idéal paraît correspondre à la colpo-cervicectomie large secondaire. Elle peut se réaliser par deux voies :

- a) La voie vaginale ;
- b) La voie abdominale.

La première voie est très difficile à utiliser, l'abaissement du col est péniblement réalisable en raison de sa fixité due aux adhérences précoces et de sa friabilité qui empêche les tractions sur la pince de Museux. L'hémorragie est abondante et l'hémostase difficile. Aussi, cette intervention n'a-t-elle été qu'exceptionnellement pratiquée avec succès (2 cas de Chueco et 3 cas de Zampa).

La voie abdominale constitue la voie de choix, elle donne plus de jour, permet de se rendre un compte exact des lésions et par suite de faire une intervention mieux réglée.

Ceci d'ailleurs n'exclut pas la difficulté et Ducuing, dans un article récent du *Sud Médical et Chirurgical*, considère cette intervention comme « toujours incomplète, toujours difficile, toujours grave », aussi préconise-t-il le traitement curie-thérapique d'emblée et condamne toute tentative de Wertheim : « Il ne faut pas pratiquer la colpo-cervicectomie large, ni par voie haute, ni par voie basse. »

B. — Méthodes physiothérapiques.

Le radium peut être appliqué de plusieurs façons. La voie abdomino-vaginale, suivant la technique de Proust, Nabias, Malley, n'est plus guère employée aujourd'hui. L'application vaginale est la plus courante ; ici elle peut être délicate du fait que le canal cervical n'est pas toujours percutable et ne peut recevoir de tube de radium dans sa cavité. En plus de la difficulté que l'on éprouve de placer des tubes correctement, la proximité du péritoine, de la vessie et du rectum, incitent à une grande prudence. Il faut en tous les cas, comme le recommande Ducuing, établir une épaisse filtration destinée à pallier à l'absence du corps utérin et à remplacer son rôle d'écran. Imbert souligne également l'intérêt qu'il y a à employer toujours des doses faibles et prolongées. Ces doses d'ailleurs doivent varier avec l'index de malignité et la stroma-réaction de la façon suivante :

Index fin, stroma dense = application courte.

Index faible, stroma grêle = application longue.

On fait en moyenne des doses de 30 mms en 3 tubes de 10 mms pendant 10 jours.

La radiothérapie est plus rarement employée, elle est réservée aux formes infiltrées et envahissantes. Elle peut être utilement associée à la curiethérapie et permet une

irradiation plus diffuse, par des portes d'entrée multiples sur tout le territoire lymphatique du bassin.

Il existe enfin un traitement médical symptomatique ou palliatif qui s'est enrichi ces dernières années de l'emploi du venin de cobra, soit à titre curatif, soit à titre analgésique.

2^o Résultats obtenus.

Le traitement chirurgical, de l'avis de presque tous les opérateurs, donne une mortalité opératoire très élevée, s'accompagne de récidives fréquentes et ne donne, par suite, que des résultats déplorables.

Parmi les statistiques, une des plus favorables paraît être la statistique de Tesauro, élève de J.-L. Faure, qui sur 8 malades traitées par la chirurgie et suivant la voie abdominale, obtient 4 bons résultats et 4 décès rapides par récurrence des accidents opératoires. Les succès obtenus par voie vaginale sont plus rares encore, cependant Chueco rapporte 2 cas et Zampa 3 cas dans lesquels les résultats obtenus ont été favorables. Enfin Dor rapporte ses observations dont 3 cas ont été traités par la chirurgie sans suite opératoire.

Le traitement curiethérapique donne des suites assez importantes, si l'on en croit les statistiques : Monod, sur 27 malades traitées à l'Institut de Radium, compte 10 guérisons qui s'échelonnent de 2 à 10 ans. Gosset et Wallon ont traité, de 1922 à 1926, 13 cas de cancers du col restant. Ils obtiennent 41,66 pour 100 de guérisons éloignées de 5 à 7 ans. Enfin, parmi les 19 observations de M. J. Dor, sur 17 cas où le traitement curiethérapique fut employé, on note les résultats suivants :

5, morts échelonnées dans l'espace de 7 mois,

- 2 récurrences après un délai de 14 mois à 2 ans,
- 1 malade perdue de vue,
- 4 cas trop récents pour permettre une conclusion,
- enfin 5 résultats datant de plus d'un an.

3^o Indications thérapeutiques.

Dans l'ensemble des travaux actuels sur la question, il semble que les indications du traitement chirurgical puissent être résumées ainsi :

a) Dans des néoplasmes très étendus, fixés et inopérables, on peut être amené à pratiquer un curetage dans certaines conditions :

1) A titre d'opération de nettoyage et de propreté pour enlever des bourgeons infectés et ulcérés.

2) A titre hémostatique, dans les formes qui s'accompagnent d'un suintement sanguin prolongé. Le curetage peut amener alors une amélioration passagère de l'état général.

3) Il peut enfin constituer le premier temps de l'action thérapeutique en préparant la région pour l'application de tubes de radium et en permettant une meilleure irradiation.

b) L'ablation large du moignon cervical, malgré les dangers que nous avons soulignés, peut être indiquée lorsque le néoplasme est localisé sur le col et qu'il n'existe aucun envahissement des organes de voisinage, de la vessie en particulier, ce qui sera vérifié par cystoscopie. La mobilité du moignon, la souplesse des culs-de-sac, la conservation d'un bon état général constitueront la base des indications à discuter.

c) Le traitement curiethérapique reste dans l'immense majorité des cas le traitement de choix. Il s'adresse surtout aux cas récents, aux lésions qui n'ont que peu ou pas touché les paramètres et les organes de voisinage. Il est contre-indiqué toutes les fois qu'il y a un envahissement du péritoine, métastases ou cachexie.

Enfin, la radiothérapie reste l'apanage des formes étendues et infiltrées où elle peut amener une destruction d'une partie du néoplasme.

On peut, en définitive, résumer ainsi avec M. J. Dor les indications thérapeutiques au cancer du col restant :

1) Lésions au stade strictement local :
néoplasmes endocervicaux : traitement chirurgical.
néoplasmes malpighiens : traitement curiethérapique.
cancroïdes : traitement chirurgical ou curiethérapique.

2) Lésions ayant dépassé le stade local :
début d'infiltration des paramètres, sans atteinte viscérale, ni métastases, ni atteinte vaginale : radium associé ou non à la radiothérapie.

3) Lésions diffuses, infiltrées avec atteinte des organes de voisinage ou métastases : radiothérapie.

DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DU CANCER DU COL RESTANT

Les différentes notions que nous venons de développer dans ce travail ont pour corollaire logique le problème de la prophylaxie du cancer du col restant que nous allons maintenant envisager.

Il paraît évident que si l'hystérectomie subtotale qui laisse un moignon cervical traumatisé prédispose à la dégénérescence néoplasique secondaire, la meilleure façon de l'éviter paraît être dans la pratique de l'hystérectomie totale. L'existence d'un cancer secondaire du col restant justifie-t-elle donc la condamnation de l'hystérectomie subtotale ? Tel est le problème encore discuté que pose la prophylaxie du col restant.

Éléments du problème.

1° *La fréquence du cancer impose-t-elle l'ablation systématique du col ?*

Nous avons vu d'après les différents auteurs que cette fréquence oscille de 0,25 à 2 pour cent.

Les statistiques du service de gynécologie du professeur Lapeyre montrent que depuis 1908, sur un total de 241 cancers du col, il n'y a eu que 3 cas

de cancers secondaires, soit 1,6 %. Les chiffres de la thèse de Mevel (1932 à Bordeaux) donnent des chiffres identiques. Seule la statistique de M^{mes} Laborde, Roques (1927) apporte à ce concert une voix discordante et place leur taux de fréquence à près de 3,2 %.

2° La pratique systématique de l'hystérectomie totale dans un but de prophylaxie est-elle sans danger ?

Certainement non, car l'opération est plus mutilante, plus longue et par suite plus chocante que la subtotal. Les risques d'hémorragie et d'infection y sont certainement plus importants. Il est intéressant de comparer les statistiques de mortalité dans l'une et l'autre des interventions.

Walther : 2,6 % de mortalité dans la totale.

Spencer : 1,8 % » » » »

Forgue : 2,5 % (fibrome), 4 % (salpingites graves).

Les frères Mayo notent une mortalité de 1,8 % pour la totale, de 1,2 % pour la subtotal. Ces résultats sont contredits par les statistiques de Masson qui donnent :

1926 : 1,3 % pour la totale, 1,8 % pour la subtotal.

1928 : 0,45 % pour la totale, 0,79 % pour la subtotal.

En réalité, il faut comme l'écrit Jean-Louis Faure, n'avoir pas trop de confiance dans les statistiques et celles que nous venons de reproduire ne peuvent pas, en tout cas, faire oublier celles qui les ont précédées et qui faisaient ressortir à 2 % la différence de mortalité entre la subtotal et la totale.

« Il n'est pas possible, a écrit J.-L. Faure, comme je l'ai dit cent fois, il n'est pas possible qu'une opération plus longue, plus difficile, à hémostase plus délicate, où l'asepsie est plus difficile à réaliser à cause de l'ouverture du vagin, où la vessie est quelquefois meurtrie, où l'uretère

court quelques risques, il n'est pas possible que la totale ne soit pas plus grave. »

Tout en admettant ces idées nous pensons qu'un chirurgien ne doit pas être l'esclave d'un principe absolu. Tel par exemple le cas d'un fibrome chez une femme atteinte en même temps d'une métrite cervicale. Le chirurgien sacrifiera-t-il à ce moment la possibilité d'un néoplasme ultérieur du col pour une commodité plus grande d'une intervention ? Certainement pas, car sa conscience ne lui permettra pas dans ce cas-là de faire une opération autre qu'une hystérectomie totale.

3^o *L'hystérectomie totale met-elle toujours à l'abri de la cancérisation secondaire ?*

Il semble bien que non et l'observation a montré des cas de néoplasmes secondaires à l'intervention large d'emblée. Bary a rapporté, en 1904, à la Société de Chirurgie de Paris, un cas de cancer du vagin survenu six ans après une hystérectomie totale.

Beurnia, Albert Martin (de Rouen) en rapportent deux cas la même année. Il faut citer au cours des années suivantes les principales observations apportées par Quenu (1905), Chaput (1910), Robineau, Arnaud (1924), Lecène (1926). Toutes ces observations montrent bien la positivité du fait.

OBSERVATIONS

Observation I

(Malade de la Clinique gynécologique de la Faculté de Médecine de Montpellier ; publiée par MM. le professeur N.-C. Lapeyre et H. Estor. — Réunion d'Obst. et Gynéc. Montpellier, mars 1934.)

Marie-Louise G..., 33 ans, cuisinière, entrée le 9 janvier 1934 pour hémorragies génitales.

Antécédents personnels : Opérée en 1927 pour kystes ovariens bilatéraux (pesant 3 kgs pour le côté gauche et 1 kg pour le côté droit). Accident d'automobile (lésions gastriques consécutives (?)) ayant nécessité une intervention chirurgicale, le jour de l'accident en 1931. Amaigrissement très important depuis (la malade l'estime à 50 kgs).

Antécédents héréditaires : Père décédé à l'âge de 70 ans de congestion cérébrale. Mère décédée de suites de couches à l'âge de 35 ans.

Antécédents gynécologiques : Premières règles à l'âge de 15 ans. Depuis lors avait été réglée très régulièrement : tous les 28 jours, durée de 5 à 10 jours et grande abondance de l'écoulement menstruel.

Ménopause chirurgicale depuis 1927 (hystérectomie subtotale pour kystes ovariens bilatéraux). A mené une seule

grossesse à terme, accouchement normal, mais infection puerpérale pendant un mois. Pas de fausses couches. L'enfant né de cet accouchement est mort à l'âge de 11 ans, méningite tuberculeuse (?).

Début de la maladie actuelle le 6 janvier 1934 par hémorragie génitale externe, abondante observée à la selle. Evacuation d'une quantité abondante du sang mêlé de caillots, hémorragie spontanée, absolument indolore et sans signes prémonitoires.

La malade s'est aussitôt mise au lit, l'hémorragie a rapidement cessé, mais a repris depuis et a continué jusqu'à l'entrée de la malade dans le service de gynécologie.

A l'examen, le 10 janvier 1934, on note : état général médiocre, amaigrissement. L'interrogatoire est négatif en ce qui concerne les différents appareils. L'inspection de la paroi abdominale montre les deux cicatrices de laparotomie, l'une pour ovariectomie et hystérectomie et l'autre pour intervention gastrique.

La palpation de l'abdomen est négative. Au toucher, le col utérin est gros, ses lèvres sont éversées, dures et friables. Le spéculum montre au niveau du col et sur la partie gauche de celui-ci, une masse bourgeonnante, saignant au moindre contact.

Biopsie : d'un fragment prélevé sur ce col utérin. (Il s'agit d'un épithélioma malpighien basocellulaire, riche en mitoses et en formes cellulaires monstrueuses, les figures de division directe sont également nombreuses.) A noter les ébauches de globes épidermiques. Les éléments lymphoplasmocytaires réactionnels sont nombreux (le 11-1-1934).

Urines : Urée : 21 gr. 4 ; albumine : 0 gr. 30 par litre.

Azotémie : 0 gr. 21.

B. W. et H. B. : négatifs.

Diagnostic : Devant cette symptomatologie et les signes évidents donnés par la biopsie, on diagnostique avec certitude : Cancer du col restant après hystérectomie pour kystes ovariens bilatéraux.

Le traitement mis en œuvre a consisté en applications de radium, soit : 6 aiguilles de 2 milligrammes enfoncées dans le col ; 2 tubes de 10 milligrammes dans les culs-de-sac. L'application a duré 10 jours, chaque jour désinfection et repiquage des aiguilles, réapplication des deux tubes intravaginaux.

Le 29 janvier 1934, fin de l'application de radium.

Dans les jours qui ont suivi, la malade a éliminé des muco-membranes et présente de la diarrhée (rectite) ; ces symptômes se sont progressivement amendés.

Au toucher : Col diminué de volume, culs-de-sac souples.

Observation II

Malade de la Clinique gynécologique de la Faculté de Médecine de Montpellier ; service de M. le professeur de Rouville.

V. L..., 39 ans. Entrée le 24 avril 1922 pour douleurs abdominales avec ventre ballonné et pertes rouges continues.

Antécédents généraux : Sciatique à 18 ans, pleurésie à 15 ans, depuis s'enrhume facilement, 8 crises d'appendicite : la première à 18 ans, la huitième à 25 ans. Père mort d'une fluxion de poitrine ; une sœur bien portante, un frère mort d'une affection de foie.

Antécédents génitaux : Réglée à 15 ans et demi, règles normales, peu abondantes (3 jours) et douloureuses. Mariée à 20 ans, ni grossesse, ni fausse couche. La huitième crise

d'appendicite nécessite une intervention. Opérée à l'hôpital de la Pitié par le professeur Walter (laparotomie, appendicectomie, *hystérectomie subtotal*e). Après cette opération, se remet rapidement, n'accuse plus de douleurs. Au début de mars ressent des douleurs dont l'intensité augmente. Elles sont généralisées à tout le bas-ventre et ces douleurs s'installent par crises répétées, s'irradiant dans les lombes. En même temps la malade remarque des pertes blanches au début, puis rosacées et qui augmentent graduellement. Depuis cette époque aurait beaucoup maigri, anorexie et légère constipation.

Rien d'important à noter sur les autres appareils. S'enrhumait facilement depuis la pleurésie.

Actuellement souffre moins, mais pertes rosées plus abondantes.

A l'examen : Amaigrissement assez marqué. Ventre ballonné. Distension de la masse intestinale avec gargouillements. Pas de défense musculaire. La matité hépatique descend de 2 travers de doigts au-dessous du rebord costal. Rate non perceptible.

Toucher : Au niveau du col, masse bourgeonnante et volumineuse, qui est fixée. Le doigt en ramène des morceaux sanglants.

18 mai 1922 : application de radium.

Observation III (résumée)

(Clinique gynécologique de la Faculté de Médecine de Montpellier ; service de M. le professeur de Rouville.)

M. G..., âgée de 45 ans, entrée dans le service le 30 octobre 1923.

Opérée en 1919 par le professeur Tédénat en gynécologie pour fibrome.

Perd depuis 3 mois — sang rouge, irrégulièrement.

Toucher : Vagin infiltré des placards durs indolores, col largement ulcéré.

Le 10 novembre 1923 : 4 tubes de radium de 10 milligr.

Observation IV

(M. le professeur Riche, dans la thèse de L. Deleuze.)

Je suis appelé en mars 1913 par son médecin traitant, auprès de Mme M..., âgée de 53 ans, qui se plaint depuis quelques mois de pertes rouges irrégulières, peu abondantes, mais qui la préoccupent par leur persistance.

La malade nous apprend qu'elle a subi sept ans auparavant (janvier 1906), à Paris, une hystérectomie abdominale pour fibrome. L'intervention aurait été laborieuse et aurait nécessité un drainage prolongé. Mais la guérison fut assez rapide et se maintenait depuis sept ans, lorsque dans les derniers mois de 1912, apparurent les pertes rouges.

Le toucher vaginal permet de sentir un col peu volumineux, mais nettement induré, surtout au pourtour de son orifice, au niveau duquel le doigt perçoit des granulations irrégulières non friables. Les culs-de-sac vaginaux sont souples et indolores et le col se mobilise aisément. Le doigt retiré du vagin est légèrement teinté de sang.

Par le *palper* combiné on constate l'absence du corps utérin, mais le col ne semble pas augmenté de volume. L'abdomen, qui porte sur la ligne médiane la cicatrice de la première intervention, est souple non ballonné, pas d'adénopathie profonde perceptible.

L'état général est bon, et les autres appareils ou organes ne présentent rien d'anormal.

Le diagnostic du cancer du col utérin était probable ; il fut affirmé par l'examen histologique d'un fragment prélevé quelques jours après, au cours d'une tentative d'opération vaginale faite sur la demande de la malade.

Le 12 avril 1913, j'interviens par la voie haute : anesthésie rachidienne lombaire, avec 9 cgr. de novocaïne Creil à 5 %, additionnée de suprarenine. L'anesthésie est parfaite, atteint le mamelon, dure deux heures et demie, et n'est troublée par aucun incident notable, sauf un vomissement vers la vingtième minute. (La malade avait déjeuné deux heures auparavant et il lui avait été fait une injection sous-cutanée de 0 gr. 25 de caféine et 1 milligr. de strychnine.)

Laparotomie sous-ombilicale : le moignon du col apparaît, libre d'adhérences du côté du Douglas, mais faisant corps en avant avec la vessie, dont le décollement donna lieu à une hémorragie en nappe assez abondante. La vessie était saine ; elle fut attirée en avant et le col utérin fut enlevé avec une large collerette vaginale.

Hémostase et suture totale du vagin ; un drain dans l'espace sous-péritonéal où persistait un léger suintement hémorragique, un drain dans le Douglas, tous deux fixés à l'hypogastre. Suture classique de la paroi.

Les suites opératoires furent parfaites : le drain sous-péritonéal, qui donnait un peu de sang, fut enlevé au neuvième jour ; au quatorzième jour, ablation du drain de Douglas et de fils. La malade se lève le 9 mai et sort quelques jours après.

La pièce enlevée a le volume d'une noix dans sa coque verte ; du côté de l'abdomen elle possède un revêtement péritonéal complet ; du côté opposé elle se continue avec la collerette vaginale ; à la coupe macroscopique, la cavité cervicale est irrégulière, envahie par des volumineux bourgeons, indurés, d'aspect et de consistance caractéristique.

Par en bas ils se prolongent jusque dans le vagin, mais respectent ses parois ; par en haut, la prolifération néoplasique n'est séparée du revêtement péritonéal que par une épaisseur de trois ou quatre millimètres. Les parois du col atteignent par places le double de leur épaisseur normale.

(*Examen microscopique* professeur Bosc). — Dans les diverses préparations examinées on constate une prolifération de l'épithélium glandulaire qui aboutit à la dissociation dans la basale et à la constitution des formations tubulées ou irrégulières, séparées par une mince cloison conjonctive. Ces cloisons finissent par se rompre partiellement de façon à donner naissance à des amas de cellules atypiques séparées par des carrefours conjonctifs. Ces formations épithéliales sont entourées par une prolifération conjonctive lâche, formée par des cellules arrondies ou un peu irrégulières qu'au premier abord on pourrait prendre pour du sarcome et qui dissocie le tissu musculaire de façon à faciliter la pénétration épithéliale.

La néoformation épithéliale ne paraît pas très active.

Observation V

(par MM. Jeanneney et J. Chavannaz ; rapport de M. F.-M. Cadenat, Société Nationale de Chirurgie, 1926, p. 335.)

Mme L..., 56 ans, se présente à la consultation de la Clinique Chirurgicale du professeur Chavannaz en juillet 1925 pour des pertes rouges apparues depuis un mois.

Cette femme avait subi en décembre 1918 une hystérectomie subtotala (professeur Chavannaz) pour un fibrome de volume d'une tête d'adulte, dont les premières manifestations cliniques remontaient à 1916 (hémorragies).

Le père de la malade est mort hémiplegique ; la mère a 51 ans, ascitique et ictérique ; un frère d'une affection

gastrique indéterminée. La malade a eu trois grossesses normales avec accouchements à termes et levers au huitième jour, puis deux fausses couches de 3 mois. De 1918, date de l'hystérectomie, à juillet 1925, (soit six ans et demi) aucune perte.

Au début de juillet, de petites pertes de sang survenues à l'occasion de la défécation amenèrent la malade à la consultation. Le toucher décèle un moignon du col cervical à la hauteur normale, légèrement augmenté de volume, parfaitement mobile, mais saignant légèrement au contact et un peu induré. L'examen au spéculum confirme l'existence d'une lésion de la lèvre postérieure, et la biopsie vérifie le diagnostic clinique d'épithélioma du col (P. Nadal).

Le 10 septembre, sous l'éther à l'Ombredanne, laparotomie médiane sous-ombilicale. Pas d'adhérences. Le col, la partie adjacente du vagin et du paramètre sont enlevés largement en bloc suivant la technique classique. Section du vagin au thermocautère. Mèche vaginale. Péritonisation et fermeture de la paroi abdominale en trois plans sans drainage. Opération simple, sans incidents, ni suites.

La malade quitte le service le 9 octobre 1925, et est revue en décembre 1925 en parfait état local et général.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale est une affection rare (0,25 à 2 %).

II. — La dégénérescence cancéreuse du moignon cervical survient :

- 1^o Surtout après hystérectomie subtotale pour fibrome ;
- 2^o Après hystérectomie subtotale pour métrite chronique ;
- 3^o Mais aussi à la suite des hystérectomies subtotaux faites pour des affections salpingo-ovariennes, kyste d'ovaire en particulier.

III. — La rareté de cette complication d'une part, la facilité technique plus grande et la mortalité moins élevée de l'hystérectomie subtotale d'autre part, doivent faire préférer cette opération à l'hystérectomie totale toutes les fois que le col est sain.

IV. — Par contre l'hystérectomie totale sera indiquée lorsqu'on se trouvera en présence d'un col suspect (cervicite chronique avec ulcérations, hypertrophie, etc.).

V. — Le début de l'affection est dans la majorité des cas latent et insidieux, d'où difficulté du diagnostic et traitement précoces.

VI. — Le cancer du col restant jouit d'une très mauvaise réputation thérapeutique. Dans des cas tout à fait au début avec lésion uniquement locale, on pourra tenter une ablation large du moignon par voie abdominale. Mais dans l'immense majorité des cas, étant donnés les résultats remarquables actuellement obtenus par la curiethérapie, c'est à la radiumthérapie qu'on aura recours. La radiothérapie seule ou associée à la curiethérapie sera l'apanage des formes infiltrées et étendues.

BIBLIOGRAPHIE

- Albertin.** — Traitement du cancer du col utérin. (*Thèse de Lyon*, 1927.)
- Aymeric.** — Evolution du moignon cervical après hystérectomie subtotale. (*Thèse Toulouse*, 1910.)
- Bazy.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1905, p. 533.
- Begouin.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1910, p. 179.
- Bender et Lardennois.** — De la dégénérescence épithéliale des fibromes utérins. (*Bull. Soc. Anat.*, 1904, p. 774.)
- Boekel.** — De l'hystérectomie abdominale totale et subtotale. (*Revue de Gyn. et Chirurg. abd.*, 30 juin 1906.)
- Chaput.** — La subtotale hâte l'apparition du cancer du col. (*Bull. et Mém. Soc. Chir., Paris*, 1910, p. 611.)
- Chevrier.** — L'hémostase dans l'hystérectomie abd. totale. (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1910, p. 88.)
- Condamin.** — Dégénérescence épithéliomateuse du moignon utérin après hystérectomie supra-vaginale. (*Bull. Soc. Chir. Lyon*, 27 décembre 1900, et *Semaine Gyn.*, 1902, p. 113.)
- Deleuze.** — Dégénérescence cancéreuse du moignon du col après hystérectomie subtotale. (*Thèse Montpellier*, 1913.)
- Dor.** — Le cancer du col restant. (*Marseille Médical*, 15 nov. 1932.)

Douay. — Discussion à la *Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1928, tome 2.

Ducuing. — Le cancer du col après hystérectomie subtotale pour fibrome. (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, pp. 653-658, juillet 1928.)

— *Sud Médical et Chirurgical*, 1926.

Faure (J.-L.). — *Bull. Mém. Soc. Chirurgie Paris*, 1905, p. 552 ; 1926, p. 1031.

Ferrari. — Le cancer du moignon cervical. (*L'Algérie Médicale*, 1929.)

Ferry (G.). — L'épithélioma du col restant après hystérectomie subtotale pour fibrome (rapport de M. Robert Monod). (*Bull. Mém. Soc. Chir.*, 1930, p. 592.)

Fleischmann. — Néo-formations malignes au niveau du moignon cervical après l'amputation supra-vaginale de l'utérus. (*Zentral bl. Gynakologie*, n° 4, 24 janvier 1925.)

Forge. — Hystérectomie abdominale totale ou subtotale. (*Presse Médicale*, n° 78, 28 sept. 1932.)

Forge et Massabuau. — Traité de Gynécologie.

Gagey. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1928, p. 3.

Gelezkoff. — Etude sur la fréquence de la cancérisation du moignon cervical après hystérectomie. (*Thèse Lyon*, 1931.)

Gignoux-Pollosson. — Accidents survenant au niveau du moignon cervical après hyst. subtotale. (*Lyon Chir.*, 1925, p. 330.)

Guilleminet-Pollosson. — Extirpation par voie abdominale d'un moignon, d'hystérectomie subtotale pour accidents ayant fait croire à sa cancérisation secondaire. (*Lyon Médical*, 1925, p. 630.)

Hartmann. — *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 16 février 1910.

Isbruch. — Sur la dégénérescence cancéreuse du col à la suite

de l'amputation sus-vaginale pour fibrome. (*Zentral bl. f. Gynak.*, an. 50, n° 27, 3 juillet 1926.)

Jeanneney (G.). — Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale. (*Rev. franc. de Gyn. et d'Obst.*, 1929.)

Jeanneney et Chavannaz. — Epithélioma du col restant après hystérectomie. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1926, p. 333.)

Laborde et Roques. — Epithéliomas développés au niveau du col de l'utérus après hystérectomie subtotale. (*Soc. de Gyn. et d'Obst.*, 1928, p. 123.)

Lapeyre et H. Estor. — Cancer du col restant après hystérectomie subtotale. (*Réunion Obst. et Gyn. de Montpellier*, mars 1934.)

Mauclaire. — Cancer des cicatrices. (*Tribune médicale*, 1901.)

— Greffes cancéreuses secondaires. (*Soc. d'Obst. Gyn. et Pédiatrie*, 1907.)

Mériel. — Evolution du moignon cervical après hystérectomie subtotale. (*Ann. de Gyn.*, 1910, p. 354.)

Merul. — De l'évolution du moignon cervical. (*Soc. d'Obst.*, 2 mars 1910.)

Monod. — Epithélioma du col restant après hystérectomie. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris*, 1926, pp. 814-821 : rapport de Cadenat.)

Péan. — Congrès de Chirurgie, Paris, 1893.

Pinsan. — La cancérisation du col après hystérectomie subtotale. (*Strasbourg-médical*, 25 juillet 1930, p. 460.)

— La question de la cancérisation du moignon cervical après hystérectomie subtotale. (*Strasbourg-médical*, 25 octobre 1930, p. 633 ; et *Rev. franc. de gyn. et d'Obst.*, n° 25, 1930, p. 688.)

Polak. — *New-York State Journal of Medicine*, 1921, t. XXI, n° 92, p. 45.

- Pollosson.** — A propos de l'épithélioma du col restant après hystérectomie subtotale. (*Lyon Chirurgical*, t. 27, 1930, p. 697.)
- Pozzi.** — Traité de Gynécologie, 1905, t. I.
— *Bull. Mém. Soc. Chir. Paris*, 1903.
- Radier.** — Evidement systématique du col utérin. (*Thèse Montpellier*, 1913.)
- Richelot.** — Communications à la Soc. Chir. de Paris. (*Bull. Mém. Soc. Chir. Paris*, 1903, 1906.)
- Riotte.** — Cancer du moignon cervical. (*Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1921, p. 441.)
- Rochet.** — Troubles de la fonction urétérale après certaines opérations gynécologiques. (*Soc. de Chir. de Lyon*, janv. 1924 ; *Lyon-chirurgical*, 1924, p. 372.)
- Rouville (De).** — Evidement systématique du col. (*Montpellier Médical*, p. 287, 1919.)
- Schœkaert.** — Discussion Soc. belge d'Obst. et Gyn., Liège, juillet 1930.
- Spencer.** — Discussion Soc. belge de Gyn. et d'Obst., Liège, juillet 1930.
- Stein.** — (*Am. journal of Surgery*, oct. 1928, pp. 340-344.)
- Tesauro.** — Cancer du col après hystérectomie subtotale, 10 cas. (*Gyn. et Obst.*, sept. 1928, pp. 228-249.)
- Tixier.** — Sur les complications éloignées de la simple hystérectomie subtotale pour fibrome et pour cancer du corps. (*Lyon Chir.*, 1923, p. 250.)
— Indications et traitement chir. dans les fibromes utérins. (*XXXIII^e Congrès français de Chir.*, 1924.)
— Discussion à l'occasion d'une communication de M. le professeur Villard à propos du Wertheim. (*Soc. Chir. de Lyon*, 1930.)
- Villard.** — Cervicite chronique et cancer du col. (*Revue Franç. de Gyn.*, 1930.) — *Soc. Chir. de Lyon*, 1930.

Wertheimer. — Hystérectomie subtotale et épithélioma du col.
(*Lyon Médical*, 1925, p. 634.)

Zampa. — Epithélioma del moncone uterino dopo l'isterectomia subtotale per fibromioma. (*Policlinico*, 37, 1930, p. 745.)
— (Ospedale maggiore di Bologna, séance du 30 mars 1930.)

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	7
Historique de la question	9
Considérations étiologiques et pathogéniques	11
1 ^o Fréquence de l'affection	11
2 ^o Interventions prédisposantes	12
3 ^o Date d'apparition	13
4 ^o Interprétation des faits	14
Anatomie pathologique	16
Aspects cliniques et diagnostic	18
Début	18
Etat	18
Diagnostic	19
Thérapeutique du cancer du col restant	21
1 ^o Procédés du traitement	21
2 ^o Résultats obtenus	23
3 ^o Indications thérapeutiques	24
Discussion sur la prophylaxie du cancer du col restant ...	26
Observations	29
Conclusions	37
Bibliographie	39

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant pour
titre :

*Cancer du col restant après hysté-
rectomie subtotale,*

par M. IZAAK CHABOWIECKI.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 17 juillet 1934.

Le Professeur,
LAPEYRE.

Vu :

Montpellier, le 17 juillet 1934.

Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué :
LISBONNE.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 juillet 1934.

Le Recteur,
TAILLIAR.

